



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E ORGANIZAÇÃO EM SAÚDE NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JORGE ANDRÉ GURJÃO VIEIRA
NA CIDADE DE BOA VISTA - RORAIMA

JIHAN RAMIDE DA SILVA ASSEN

NATAL/RN
2018

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E ORGANIZAÇÃO EM SAÚDE NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JORGE ANDRÉ GURJÃO VIEIRA
NA CIDADE DE BOA VISTA - RORAIMA**

JIHAN RAMIDE DA SILVA ASSEN

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Educação
Permanente em Saúde da Família, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Esp. Marília Rute de
Souto Medeiro

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a minha esposa,
meus filhos e ao meu avô Dionísio
Rodrigues Assen (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Agradeço meus pais, Jose Ramide Magalhães Assen e Maria Consuelo da Silva pelos ensinamentos, pelas palavras de conforto e confiança no propósito de vencer mais essa etapa.

Agradeço a minha estimada esposa Amanda Sousa Feitosa e a meus filhos Jihan Ramide da Silva Assen Junior e Hamid Jihard Feitosa Assen, que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradeço aos Facilitadores Pedagógicos, pela dedicação e apoio durante esta caminhada e em especial a um grande amigo, Alcebias Lima de Souza, que me orientou durante o curso e a monografia.

Enfim, agradeço a todos que estiveram comigo neste processo torcendo pela minha conquista.

RESUMO

No Brasil a atenção básica voltada a Saúde da Família (SF) é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizada mediante a implantação de equipes multidisciplinares em Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo do trabalho é descrever as microintervenções desenvolvidas na UBS Jorge André Gurjão. Vieira, além de propor e efetivar estratégias para aprimorar o processo de trabalho em saúde daquela unidade. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, ocorrido na UBS Jorge André Gurjão Vieira porte II, da cidade de Boa Vista em Roraima. Para tanto, o levantamento bibliográfico foi coletado nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo, e demais publicações acadêmicas que abordam o tema. Este estudo, possibilitou a verificação das potencialidades e fragilidades da UBS e assim, implantar estratégias para a melhoria no atendimento que se mostraram satisfatórias para a equipe e para o público-alvo. Espera-se que este trabalho possa servir de base para projetos de expansão do acolhimento humanizado e da reorganização do processo de trabalho.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde da Família.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde	8
CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	13
CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	18
CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	22
CAPÍTULO V: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	25
CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	29
CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

APRESENTAÇÃO

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como finalidade potencializar e reorientar a atuação e as ações da Atenção Básica proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para que estas tornem-se mais efetivas. Assim, o programa busca desenvolver uma assistência integral, resolutiva e de qualidade, tendo a família como foco da atenção. A ESF busca garantir o atendimento humanizado e a intersetorialidade, além de contribuir na construção da cidadania (BRASIL, 2006).

Sendo assim, foram elencadas ações a serem desenvolvidas pela ESF nas UBS e nos atendimentos realizados nos domicílios, sendo estes: consulta médica, coleta para exame colpocitológico, vacinação, curativo e atividades educativas para grupos prioritários.

Dessa forma, a ESF vem ao longo de sua criação realizando ações voltadas a “família e o seu espaço social”, através de equipes multiprofissionais compostas por: um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. A equipe pode contar também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Estas equipes realizam ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos da população adscrita. Em relação a população-alvo esta, pode ser composta de seiscentas a mil famílias, localizadas em área geográfica delimitada para cada equipe (BRASIL, 1998, p.10).

Assim, este trabalho buscou através das microintervencções desenvolvidas na UBS Jorge André Gurjão Vieira, propor e efetivar estratégias para aprimorar o processo de acolhimento aos pacientes atendidos pela UBS. A unidade é de porte II, e está localizada na rua CC24 Nº 341, bairro Laura Moreira, Boa Vista/RR.

Esta pesquisa está estrutura em seis capítulos, sendo estes: Capítulo I - Observação na Unidade de Saúde, onde buscou-se observar as potencialidades e as fragilidades da UBS no atendimento dos pacientes. Capítulo II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, sendo apresentado ações desenvolvidas para proporcionar uma maior qualidade na atenção básica a população. Capítulo III: Planejamento reprodutivo, Pré-natal e Puerpério, neste capítulo buscou-se conscientizar os indivíduos através de ações de planejamento familiar junto à comunidade. Capítulo IV: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, onde são apresentadas as ações com objetivo de reduzir a taxa de mortalidade infantil que vem se mostrando crescente no estado de Roraima.

Capítulo V: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, este capítulo apresenta os cuidados voltados a pacientes que apresentam problemas mentais, dependência química, como crack, álcool e outras drogas. Por fim, o Capítulo VI: O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde, aborda os cuidados com pacientes que apresentam problemas com hipertensão e diabetes.

Para o levantamento bibliográfico foi realizado uma revisão de literatura, envolvendo as estratégias de atendimento à saúde da família. Não obstante, a pesquisa se baseou-se em estudos anteriormente publicados, coletados em bases de dados digitais, tais como: Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo, PubMed e demais publicações acadêmicas que abordam o tema. Utilizou-se para pesquisa as seguintes palavras: acolhimento, programa saúde da família e assistência humanizada.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

O Ministério da Saúde, propõe aos gestores a ampliação de oferta de serviço nas Unidades Básicas de Saúde, além de estimular a implantação de novas Equipes de Saúde da Família (ESF), como também de prover infraestrutura adequada às ESF existentes e melhorar seu desempenho. Dentro desse, os estudos apontam diversas estratégias para melhor o atendimento e expandi o serviço.

Andersen (1995), esclarece que a acessibilidade é fundamental para a expansão dos atendimentos, pois o acesso é influenciado pela predisposição do indivíduo para utilização do serviço de saúde (características demográficas, estrutura social e crenças), por fatores capacitantes que permitem e que impedem a utilização (renda, seguro de saúde, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera) e pela necessidade de saúde do indivíduo.

Não obstante, Donabedian (1973, 2003), explica que o conceito de acessibilidade se refere à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde. Assim, a acessibilidade depende de fatores organizacionais e geográficos que se relacionam. Além disso, os fatores sociais e culturais e as preferências étnicas e religiosas são importantes para a acessibilidade e, embora enfatize fatores geográficos e organizacionais, considera a acessibilidade como um importante fator da aceitabilidade social para a assistência.

Na mesma linha Thiede e McIntyre (2008), expõem que o acesso é abordado como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e no seu empoderamento para escolha. Esses autores relacionam fatores como a existência de um serviço específico ao alcance do indivíduo.

Assim, a microintervenção I trabalhou sobre a questão da acessibilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Conjunto Cruviana da cidade de Boa Vista/RR. Ressalta-se que este trabalho possui grande relevância por buscar compreender o processo de expansão dos atendimentos de saúde na UBS, uma vez que a acessibilidade é fator norteador quando a população necessita de tais serviços.

Dessa forma, foi realizado a autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) que é um item importante para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Ressalta-se que este trabalho está sendo realizado na UBS Jorge André G. Vieira. Que está localizada no bairro Laura Moreira, Boa Vista/RR. Porém, a equipe 5.12 – equipe em questão, atende o bairro Cruviana que fica distante cerca de 3 km. Além disso, a 700

metros da primeira casa do Conjunto Cruviana encontra-se a UBS do bairro Equatorial. Devido a esta proximidade cerca de 60% do público-alvo da equipe 5.12 tende a migrar para a UBS Equatorial que fornece uma maior acessibilidade as famílias.

Ressalta-se UBS Cruviana dispõe de uma infraestrutura composta por: 04 consultórios multiprofissionais, (sendo 02 para atendimento médico e outros 02 para atendimento da enfermagem); 1 sala vacina; 1 sala ampla (que funciona para acolhimento e recepção); 1 sala da Direção; 1 copa; 1 sala para triagem; 1 sala expurgo (material de limpeza); e 2 banheiros, (sendo 01 para os funcionários e outro para os usuários). Em relação a equipe 5.12 (Laura Moreira) esta dispõe de 1 Médico; 1 Enfermeiro; 1 Técnico em Enfermagem; e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Foi realizada a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), pela equipe 5.12, que no momento da avaliação era composta pelo diretor da UBS, o médico da equipe e 5 ACS. Durante a autoavaliação foram identificadas as potencialidades e fragilidades da unidade.

Para as potencialidades atribuiu-se nota 9, onde destacaram-se:

- **Infraestrutura:** os equipamentos, insumos imunobiológicos e medicamentos atendem a necessidade de acessibilidade dos moradores do Conjunto Cruviana.
- **O ambiente interno e externo da unidade:** padronizado conforme as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo encontrado na unidade, placas de identificação de salas e de serviços prestados.
- **Logística:** A gestão municipal, executa com regularidade a manutenção de equipamentos e de infraestrutura.
- **Os insumos imunobiológicos e medicamentos:** a unidade é abastecida sempre com quantidade suficiente para a realização das ações de saúde coletiva e uso interno para as equipes de saúde, conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Dessa forma, a autoavaliação AMAQ, obteve índices satisfatórios em relação à infraestrutura, equipamentos, logística, insumos imunobiológicos e medicamentos. Aproveitando a oportunidade foi realizada uma autoanálise, para identificar os problemas, bem como formular estratégias de intervenção para melhoria dos serviços. Tendo em vista

que durante a avaliação são distribuídas notas de 0 a 10 para as potencialidades e fragilidades da UBS. Nessa linha, a fragilidade descrita abaixo foi atribuída a nota 5, ao qual é considerado como insatisfatório.

Dentre as dificuldades destacam-se:

- **Equipe incompleta:** atualmente a equipe não dispõe de um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde. No entanto, a falta de enfermeiro na unidade não é um problema novo, porém, a ausência do enfermeiro é prejudicial no desenvolvimento das ações da UBS, sobretudo, nas visitas domiciliares, testes rápidos, preventivos, reuniões quinzenais da equipe e demais serviços inerentes a função do enfermeiro.

Para resolver a fragilidade acima citada, foi protocolado através de ofício enviado à Secretaria Municipal de Saúde, a solicitado de contratação de 1 Técnico de Enfermagem e 1 ACS, para compor a equipe. Da mesma forma, foi solicitado no ofício a permanência do enfermeiro na UBS para que as ações e objetivos da unidade possam ser atingidos conforme o cronograma estipulado.

Devido os agentes comunitários de saúde executarem seu trabalho fora da UBS, foi solicitado que estes passassem a registrar seus horários de entrada e saída em um ponto eletrônico instalado na escola municipal Ilda Franco, que fica localizada no Conjunto Cruviana, área de atuação da equipe.

Para melhorar o problema de acessibilidade, a equipe passou a realizar encontros periódicos com os grupos de risco: hiperdia, gestantes e puericultura, na escola municipal Ilda Franco.

Através destas ações a equipe espera resolver o problema de acessibilidade da unidade e assim aumentar a participação do público-alvo, incentivando a entrada de novos integrantes aos grupos de risco e aumentar a assiduidade dos mesmos, uma vez que muitos deixavam de ir aos encontros devido à distância e a limitação de renda que inviabiliza a locomoção até a unidade.

Outra estratégia de atendimento implantada pela equipe é o mecanismo de pacto, criado pela equipe para atender os usuários que tivessem problemas de deambulação e não pudessem ir a unidade, não precisaram deslocar-se a UBS para marca consulta ou renovação de receitas, estas serão realizadas pelos agentes comunitários de saúde que

entrariam em contato com o médico da equipe via WhatsApp para marcar a consulta. E com isso teríamos uma efetividade maior nas demandas de atendimento no território. Cabe frisar que a equipe ainda está realizando alguns cadastros domiciliares (E-SUS), haja vista que temos áreas descobertas por falta de 01 ACS.

Após o encontro com a equipe, foi formulado uma matriz de intervenção, onde está apresentado as estratégias para alcançar os objetivos, quais atividades precisam realizadas, quais os recursos necessários, os resultados esperados, quais seriam os responsáveis envolvidos, o prazo e quais os mecanismos avaliativos utilizados para o alcance dos resultados.

A seguir a matriz de intervenções construídas pela equipe no decorrer do encontro auto avaliativo:

Descrição do padrão: A gestão municipal de saúde estabelece estratégias de implantação de unidades básicas de saúde considerando critérios de equidade.

Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Problemas de acesso e acessibilidade evitando vazios assistências, por questões de distância geográfica entre UBS e população.

Objetivo/Meta: Amenizar o problema de acessibilidade da UBS e aumentar número de participantes em grupos saúde da família e o número de atendimentos de consulta médicas em consultório a nossa população alvo do Conjunto Cruviana.

Tabela 1: Matriz de Intervenção

Estratégias para alcançar os objetivos/metás	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Através de um melhor manejo da agenda do médico e do enfermeiro aumentar o número de participantes dos grupos saúde da família e aumentar número de atendimentos de consulta médicas em consultório a população alvo conjunto Cruviana.	Visita domiciliares; oficinas e rodas de conversas	A equipe 5.12	Satisfação dos usuários e promover um acolhimento de forma mas integral a esse território	Gestão municipal, local e funcionários	1 mês.	Satisfação da equipe e dos usuários

Fonte: Adaptado de AMAQ (2016)

CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde (TEXEIRA, 2005).

Dessa forma, o acolhimento é considerado a porta de entrada do usuário ao atendimento de saúde com o intuito de colocá-lo à vontade, sendo um cidadão com direitos de cuidados efetivos, humanos e éticos. O acolhimento é, portanto, uma abertura afetiva e profissional que acolhe o usuário e busca responder os problemas que o afligem ou incomodam. Busca, ainda, explorar ao máximo as tecnologias leves disponíveis em nosso saber e em nossas relações (FRACOLLI et al, 2004).

Nos serviços de saúde, os acolhimentos são considerados como processo de relações humanas e devem ser realizados por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas constitui uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde (FRACOLLI et. al. 2004).

Diante desse contexto, foi visto a necessidade de implantar na UBS o sistema de acolhimento. Foram realizadas reuniões com a equipe buscando estratégias para que todos soubessem o que seria acolhimento e assim pudéssemos implantar este sistema no serviço. Porém, durante a implantação do nosso modelo de intervenção na unidade, a equipe apresentou muitas dificuldades. Sendo assim, foram necessárias diversas reuniões e adaptações para que os objetivos e metas estipuladas fossem alcançadas.

Além disso, foram utilizadas ferramentas como, aplicativos de mensagens instantâneas e visita domiciliares para desenvolver o acolhimento das demandas programadas e espontâneas em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS). Tais ações foram desenvolvidas para proporcionar uma maior qualidade na atenção básica que ofertamos a nossa população.

Tendo em vista que acolher é uma ferramenta intersetorial e interdisciplinar, cada caso deve ser discutido e planejado pela equipe. Para tal devem ser consideradas as condições socioculturais e a interrelação entre as ações da equipe de saúde da família e a comunidade.

Assim, para facilitar o atendimento dos pacientes, durante as visitas domiciliares foram definidos alguns passos para caracterizar os grupos vulneráveis:

-
1. Identificação dos pacientes ou famílias selecionadas para o grupo de risco;
 2. Classificação da complexidade dos pacientes selecionados;
 3. Elaboração de um plano de cuidados;

Os passos descritos acima são essenciais, tendo em vista que durante o acolhimento é muito importante que saibamos coletar as informações de forma individual e identificar um paciente, uma família, ou um grupo de pessoas, para que seja possível interagir com estes, e promover ações de saúde em todos os aspectos prevenindo, curando ou evitando sequelas.

Outras estratégias podem ser adotadas para melhoria do acesso, organização, avaliação e orientação das pessoas que buscam atendimentos em uma unidade de saúde, tais como: a classificação de risco, que já é comumente utilizada para a Classificação de Manchester, no entanto, pode ser adaptada para a atenção primária.

Cabe ressaltar que esta classificação não tem a finalidade de dar diagnósticos, mas sim definir prioridades clínicas, garantindo um atendimento adequado, através da triagem correta, gerando impacto positivo no atendimento. Porém, o objetivo da classificação não é apenas definir quem será atendido ou não neste dia, mais sim, acolher e agendar a todos. Assim, a classificação de risco fundamenta-se em 3 variáveis:

- I. Gravidade (risco);
- II. Recurso;
- III. Tempo de resposta.

Organizando por prioridade, pode-se garantir aos usuários o atendimento condizente de acordo com sua queixa e em menos tempo de espera.

No desenvolvimento das visitas domiciliares e no acolhimento de acesso avançado, a nossa equipe 5.12 (Bairro Cruviana), teve como principais dificuldades:

1. Problemas técnicos relacionados ao sistema de registros de atendimentos. Tais problemas ocorreram devido a inconsistências no sistema, descontinuidade ou baixa velocidade da internet e em alguns casos “sistema out” (fora);
 2. Em relação a equipe 5.12, esta, encontra-se incompleta;
-
-

-
3. Outro fator de dificuldade é a distância da equipe em relação a área de adstrição. Expõe-se que a equipe está lotada na UBS Jorge André, no bairro Laura Moreira (Cidadão), que fica distante cerca de três quilômetros da área de atuação efetiva da equipe e também dos usuários;
 4. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) necessitam de treinamentos e capacitações complementares para entenderem o acolhimento por acesso avançado, e ocorrido períodos (embora pequenos), de descontinuidade do número total destes. Atualmente são apenas cinco ACS, ficando uma microárea descoberta;
 5. Por fim, a baixa adesão da comunidade em participar dos grupos. Ressalta-se que somente há alguns meses a equipe teve êxito em agregar um número significativo de público alvo. Com melhor acompanhamento das famílias nas áreas adstritas nos renova a esperança de atingirmos os resultados ambicionados de no mínimo 95% de efetiva cobertura.

Para uma melhor cobertura e acolhimento a nossa equipe buscou parcerias institucionais e de gestão para juntos alcançarmos nossas metas. Além disso, foram implantadas outra estratégia de atendimento de equipe. Dentre estas buscamos fazer com que toda equipe entenda passo a passo como é o realizado o acolhimento de acesso avançado.

Assim, foi realizado a capacitação para os ACS, para que entendam o que é o acolhimento, como funciona o acesso avançado e quais as prioridades de atendimentos, para assim, diminuir as grandes filas e tempo de espera para no máximo 72 horas.

Utilizou-se a mídia social “WhatsApp” que é bastante utilizada pela população de modo geral, para que o nosso público alvo que participa dos grupos da saúde da família e os pacientes com dificuldades para deambulação, não precisem se deslocar até a UBS para realizar acolhimento para fins de marca consulta ou renovação de receitas. Assim, os pacientes marcam as consultas por meio de seus agentes comunitários de saúde, que entra em contato com o médico da equipe e marcam a consulta via celular “WhatsApp”, otimizando assim o uso da ferramenta. Após a marcação da consulta o agente comunitário de saúde passa ao paciente o dia e hora que este deverá comparecer a UBS.

Tais ações aumentam a demanda do nosso território. A melhoria é percebida pela equipe e através do acolhimento das demandas programadas e espontâneas em nossa UBS,

que cada vez mais se mostra crescente. Esperamos que através destas mudanças e adaptações no nosso território não sinta a falsa impressão que possui dificuldade de acesso ou está descoberto por uma equipe de saúde da família.

CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, ocorreu através da Lei n.º 9.263/96, que garantiu as mulheres e homens à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida Lei, o planejamento familiar é entendido “... *como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal*” (BRASIL, 1996, p.1).

Nessa linha as ações de planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil, por diminuir o número de gravidez não desejada e de abortos provocados; reduz o número de cesáreas realizadas; diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e acesso a outros métodos anticoncepcionais; aumenta o intervalo interpartal; possibilita a prevenção e/ou postergação de gravidez em mulheres adolescentes, ou com patologias crônicas, tais como diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras (BRASIL, 2005).

Apesar do planejamento familiar ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, é desenvolvido, principalmente, na Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, que tem, dentre suas diretrizes, a participação comunitária considerada um fator que possibilita identificar e atender as necessidades das pessoas (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a nossa equipe buscou conscientizar os indivíduos através de ações de planejamento familiar junto à comunidade. Realizamos palestras nas escolas do bairro Conjunto Cruviana, onde a nossa equipe atua. Tais palestras, tem como foco conscientizar os adolescentes, pais e mestres sobre a necessidade de evitar uma gravidez indesejada.

Durante as palestras e mini palestras de métodos contraceptivos é explicado tudo sobre os métodos, enfatizando o método de barreira, a popular camisinha e seu uso adequado que além de preveni a gravidez indesejada, evita principalmente as ISTs.

Além disso, realizamos ações educativas nas escolas com adolescentes, pais e mestres sobre temas como: direitos igualitários entre as pessoas, independentemente da orientação sexual e da expressão de gênero, educação sexual, onde são abordados os

métodos de prevenção do HIV/AIDS e outras ISTs. Não obstante, quando são identificados indivíduos com sorologia positiva, por meio dos testes rápidos, estes são de imediato encaminhados para realizar exame Elisa 01 e 02 para confirmação, e em seguida os pacientes são encaminhados a equipe multidisciplinar como psicólogo e infectologista.

Da mesma forma, as ISTs diagnosticadas na UBS são notificadas e tratadas adequadamente conforme orientação do Ministério da Saúde e dependendo da doença é realizado acompanhamento periódico na unidade. Ressaltamos nas palestras a saúde sexual, tendo por objetivo a prevenção e a detecção precoce das ISTs, para evitar novos contágios.

Durante a gravidez orientamos as gestantes a prática de atividades físicas como pilates, hidroginástica e se possível acompanhamento com fisioterapia, além de uma boa alimentação. A gestante também é orientada sobre os malefícios do tabagismo, álcool e de entorpecentes. Não obstante, a gestante é orientada quanto ao puerpério e sua importância na consulta dos primeiros sete dias e quanto ao uso de sulfato ferroso por mais 90 dias.

Outro ponto abordado nas palestras é a importância da amamentação exclusiva e seus benefícios, onde enfatizamos que o leite materno é um alimento completo e ideal para o bebê, pois ele contém todos os nutrientes em quantidades adequadas, proporciona ótimo crescimento, fornece água para hidratação, protege contra infecções e alergias.

Dessa forma, a equipe está organizada para o acompanhamento do planejamento pré-natal e puerpério. É importante frisar que estamos alcançando nossos objetivos e metas com muito esforço, pois falta apoio logístico em algumas fases do processo. Para tal, as nossas propostas para transformar a realidade são:

1. Períodos definidos na agenda da equipe para consulta pré-natal (toda segunda e sexta pela manhã com o médico);
 2. Períodos definidos na agenda da equipe para consulta pré-natal (toda quarta e quinta pela manhã com o enfermeiro);
 3. Dias específicos e preferenciais para marcação de exames de rotina para pré-natal;
 4. Otimizar as solicitações de exames do posto, adequando-as às necessidades de saúde da população;
 5. Visitas domiciliares de puericultura e puerpério nos primeiros sete dias;
-

-
6. Aumentar a busca ativa de mulheres grávidas e puerperais para diminuir a migração do público-alvo para a unidade básica do bairro Equatorial e também evitar que as grávidas façam o pré-natal em clínicas privadas.

Com base no exposto acima a nossa equipe tem como maior desafio na UBS, garantir que os exames de rotina do pré-natal de primeira, segunda e terceira trimestral sejam solicitados e realizados em tempo hábil, uma vez que os laboratórios disponíveis estão localizados em bairros distantes do nosso território. Além disso, a população atendida pela nossa equipe é de baixa renda e os nossos pacientes têm dificuldades de locomoção do bairro até os laboratórios.

Outro fato que contribui para demora na execução dos exames laboratoriais é o aumento súbito de imigrantes vindos da Venezuela para o estado, que pressionam as UBS e os laboratórios, dificultando ainda mais o acesso. É importante frisar que alguns exames laboratoriais de rotina não estavam sendo realizados na época da microintervenção, por questão de logística dos laboratórios, como por exemplo o exame de tolerância à glicose (TOTG).

De maneira positiva, tem se verificado que as políticas de saúde pública estão em constante aprimoramento e transformação, sendo assim, a UBS está em constante adaptação. Além disso, a compreensão da população que colabora com a equipe, evitando aglomerações, foi essencial para que pudéssemos ofertar os exames aos pacientes em estado mais críticos.

Nossa análise, é que não adianta termos profissionais treinados e capacitados e não dispor de todo aparato técnico que supra a necessidade da área de atuação ao qual a equipe atua.

CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil vem apresentando retração nas últimas décadas. Além dos demais fatores, a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família foi essencial para a diminuição no número de óbitos infantis que era cerca de 47 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para cerca de 16 em 2010. Porém, ainda é preciso expandir os investimentos em saúde para garantia do direito à vida e à saúde a todas as crianças do país, tendo em vista as desigualdades socioeconômicas regionais e sociais que assolam as classes com menor poder aquisitivo (IBGE, 2010).

Ressalta-se a importância de estudos relacionados a mortalidade infantil, tendo em vista que cerca de 69% das mortes de crianças ocorrem no período neonatal “até 27 dias de vida”. No entanto, a maioria das mortes poderiam ser evitadas por ações dos serviços de saúde, tais como: a atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido (RN) que faz parte da realidade social e sanitária de nosso país (BRASIL, 2012).

Destacamos que a taxa de mortalidade infantil é obtida através do número de crianças que morrem antes de completar 1 ano, em um determinado continente, país, região ou cidade, a cada mil nascidos vivos. Esse dado serve para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros (BRASIL, 2012).

Observa-se que a mortalidade infantil é um problema social que ocorre em escala global, no entanto, as regiões pobres são mais atingidas. Entre os principais motivos estão: a falta de assistência e de orientação às grávidas, a deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, além disso, a ausência de saneamento básico desencadeia a contaminação de alimentos e da água, resulta em outras doenças e na desnutrição.

Em meio as dificuldades apresentadas, a nossa equipe tem como principal objetivo reduzir a taxa de mortalidade infantil que vem se mostrando crescente no país e no estado de Roraima. Dessa forma, realizamos consulta de puericultura nas crianças de até dois anos. Além disso, é ofertado a nossa comunidade dias específicos na agenda do médico e do enfermeiro para o atendimento.

Ressalta-se ainda que na unidade seguimos protocolos estipulados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o atendimento

de crianças menores de 2 anos, onde é verificado mensalmente peso, estatura e medidas antropométricas onde os resultados obtidos são registrados na caderneta de saúde da criança. São verificados também os cartões de vacinas para que não ocorram atrasos na imunização das crianças.

Salienta-se que a nossa equipe não possui espelhos das cadernetas de saúde das crianças, em contrapartida, instituimos uma ficha modelo virtual nos computadores da unidade básica de saúde Jorge André Gurjão Vieira, onde mantemos todos dados correspondente atualizados.

Durante o acompanhamento das crianças do nosso território, verificamos além das vacinas, o estado nutricional através do IMC, teste do pezinho e outros. Cabe mencionar que a equipe passou por capacitação sobre como aborda casos de violência familiar conjuntamente com outros profissionais e como proceder e pactuar junto com o conselho tutelar, como forma de fornecer uma proteção mais abrangente as crianças atendidas pela equipe de saúde.

Em relação a atenção dos grupos de gestantes e puericultura, realizamos reuniões mensais, onde tratamos de várias temáticas como: aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a importância da amamentação exclusiva e seus benefícios, onde enfatizamos que o leite materno é um alimento completo e ideal para o bebê, pois ele contém todos os nutrientes em quantidades adequadas, além de proporcionar ótimo crescimento, fornece água para hidratação, proteger contra infecções e alergias. A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e a prática de boa higiene.

Através das ações realizadas por nossa equipe, contribuimos para a diminuição da taxa de mortalidade infantil na área coberta pela UBS.

CAPÍTULO V: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o dispositivo especializado de referência no cuidado em saúde mental, sendo este, voltado para atender usuários com transtornos mentais graves e severos (BRASIL, 2013).

Na Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é porta de entrada do SUS e através dela, os usuários com problemas mentais devem ser identificados pela Equipe de Saúde da Família (ESF) que devem buscar estratégias que respondam às necessidades de saúde do paciente (BRASIL, 2013).

Os Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), ao qual sua atuação integrada permite: realizar discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Em relação ao território coberto pela nossa equipe de saúde, não possuímos registro de usuário de crack, álcool e outras drogas. Assim, como os pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos. Porém, recentemente inserimos uma planilha de controle de pacientes com esse tipo de demanda, assim, foi feito um levantamento pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto ao enfermeiro da UBS, e foi constatado que temos em nosso território apenas dois pacientes com este tipo de demanda, e ambos fazem uso de medicação de controle especial e já fazem acompanhamento pelo CAPS.

Um dos pacientes atendidos na unidade é a A.S.F. do sexo feminino de 48 anos, portadora de transtorno misto ansioso e depressivo. Em relação ao medicamento a paciente faz uso contínuo de Clopam de 0,5mg, Oxcarbazepina de 300mg e Amitriptilina de 75mg. Ressalta-se que a mesma realiza acompanhamento pelo CAPS III e também por nossa equipe de saúde, onde o médico ou o enfermeiro da equipe realiza visitas domiciliares a cada 15 dias.

Realizamos o nosso plano terapêutico, onde as metas delimitadas foram:

-
- Para o alívio do sofrimento da paciente, desenvolvemos estratégias, para que ela saiba que pode contar com amigos, familiares e com as equipes que assistem seu quadro.
 - Autonomia desta paciente para ela compreender sua patologia e busca tratamento adequado.
 - Participação social, necessária para que a paciente se sinta útil no meio familiar e social.
 - Verificar se o ambiente familiar compreende a patologia da paciente e como deve atuar e pactua com as equipes da saúde para ajudá-la.
 - Que tipo de trabalho a mesma pode ser inserida para se sentir útil e ajudar a reintegrar-se.
 - Tipos de rede social que seria de ajuda para comunicação e apoio.

Para estes pacientes temos uma política de agendamento que não ultrapasse as 24 horas. São agendados através do acolhimento que é realizado todos os dias ou diretamente com a equipe através do ACS ou enfermeiro que entra em contato com o médico que informa o horário de atendimento do paciente no domicílio ou na UBS.

Nosso maior desafio é fazer a família, amigos e até a sociedade de modo em geral entender que nos pacientes com problemas de saúde mental o tratamento não é somente farmacológico, mas também necessitam de apoio e compreensão das pessoas que estão ao seu redor.

Dessa forma, identificamos quatro principais pilares para o sucesso do tratamento, sendo estes:

- Farmacoterapia adequada;
 - Apoio familiar e de amigos;
 - Inserir do indivíduo no meio social;
 - Torná-lo produtivo;
-
-

O que foi investigado revelou que o cuidado em saúde mental do usuário na Atenção Básica (AB) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se processa a partir do matriciamento em saúde mental, reuniões de profissionais em torno da discussão da demanda e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Em complementação, observou-se aspectos importantes para a prática da equipe e sua interação com a comunidade, como também favoreceu a responsabilidade e interação da família, amigos próximos e equipes de saúde envolvidas.

Portanto, é necessário que haja uma compreensão sócio histórica do sujeito e do seu quadro de sofrimento psíquico. O homem é um todo e deve ser visto a partir do seu ambiente social, seu território e suas relações familiares e amigos próximos. Assim, a construção do Projeto Terapêutico Singular deve está direcionado ao exercício pleno da cidadania do usuário e às estratégias de inclusão e socialização. É necessário conhecer seu usuário, seu histórico, suas queixas e seu cotidiano para assim, estabelecer estratégias adequadas para o tratamento psicológico, sendo um período de psicoeducação muito útil.

Nesse período, é explicado ao paciente o que está acontecendo com ele e porquê. Trata-se de oferecer noções básicas sobre as características da ansiedade e da depressão para que o paciente formalize a sua experiência. É necessário que o paciente melhore seu humor, e isso pode ser realizado de diferentes maneiras. Para isso, ele é estimulado a realizar atividades agradáveis, seja retomando ou começando a participar de alguma nova atividade aos poucos. Em seguida, pode ser necessário mudar algumas crenças ou pensamentos que podem estar mantendo o problema ativo. Para finalizar, o transtorno misto ansioso e depressivo tem tratamento e, caso não seja tratado a tempo, pode se tornar crônico.

CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção

Primária à Saúde

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, incapacidades, além de impactos econômicos para famílias e a economia dos países (MALTA et al. 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as DCNT sejam responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo. As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (BRASIL, 2011).

A vigilância de DCNT deve reunir ações que possibilitem conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças. Para prevenção e controle das doenças não transmissíveis são: reduzir a incidência e a prevalência; retardar o aparecimento de complicações e incapacidades; aliviar a gravidade; e prolongar a vida com qualidade.

A equipe 5.12, responsável pela área do conjunto Cruviana, realiza consulta com agendamentos específicos para hipertensão e diabetes, busca ativa para identificar pacientes que ainda não sabem que possuem tais patologias. Normalmente, o tempo de espera é de até 72 horas para a primeira consulta. Além disso, contamos com o grupo de hiperdia dentro da comunidade, onde realizamos palestras e roda de conversas sobre diversos temas, tais como:

- I. Alimentação saudável.
- II. Prática de atividades físicas leves e controladas.
- III. Higiene corporal.
- IV. Conhecendo a medicação que uso.

A nossa equipe utiliza os protocolos do Ministério da Saúde para verificar os fatores de risco dos usuários com hipertensão avaliando as comorbidades e o Escore de Framingham, estas ferramentas, são úteis e de fácil aplicação no cotidiano. Além disso, pode-se classificar os indivíduos por meio de pontuação nos graus de risco cardiovascular

e auxilia na definição de condutas. Assim, pacientes são classificados como baixo risco, risco intermediário e alto risco.

Realizamos exame do pé diabético periodicamente nos usuários dentro de nossa Unidade Básica de Saúde, da mesma forma, nos exames de rotina solicitamos a ultrassonografia renal e fundo de olho para controle dos mesmos, além da avaliação antropométrica de peso e altura. Após identificarmos usuário com obesidade $IMC \geq 30$ kg/m², a equipe realiza de imediato o plano de ação para o controle de perda de peso de forma saudável, com acompanhamento quando necessário, do nutricionista e endocrinologista.

Cabe mencionar que a equipe não conta com ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus, porém, temos adotado uma sistemática que tem dado certo, onde o paciente que apresenta descontrole na pressão arterial ou não está com os níveis de glicemia dentro dos valores aceitáveis, têm prioridade no agendamento da consulta médica, além de ser acompanhado no domicílio pelo enfermeiro ou médico para avaliar condutas terapêuticas.

A equipe programa as consultas, e para renovar as receitas destes pacientes e os exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são realizados a cada 6 meses para melhor controle terapêutico de suas patologias. Para os pacientes oriundos de outra área, temos a política de atender e após estabilizados estes são orientados verbalmente sobre a sua Unidade Básica de Saúde, no qual faz parte de sua área adscrita.

Avaliamos como positiva as ações, pois nosso planejamento tem causado um impacto esperado dentro de nossa comunidade e estamos satisfeitos com os resultados, pois as metas de controle dessas comorbidades estão sendo alcançadas.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
<p>MICROINTERVENÇÃO I - OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE “ACESSO E ACESSIBILIDADE”.</p>	<p>A Microintervenção I buscou compreender a ampliação dos atendimentos da UBS, através da avaliação AMAQ, sendo esta uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Através desta, foi possível identificar as potencialidades e fragilidades da unidade e formular estratégias de intervenção para melhoria dos serviços. Dentre as melhorias a equipe passou a realizar encontros periódicos com os grupos de risco, tais como: hiperdia, gestantes e puericultura.</p>	<p>Melhoria na acessibilidade da unidade e aumento na participação do público-alvo; mecanismo de pacto, onde os ACS entraram em contato com o médico da equipe via aplicativo de mensagens instantâneas para marcar a consulta dos pacientes no território.</p>	<p>Ampliação de cadastros domiciliares (E-SUS); Incentivar a entrada de novos integrantes aos grupos de risco;</p>
<p>MICROINTERVENÇÃO II - ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.</p>	<p>Para a Microintervenção II, foram realizadas reuniões de equipe para a compreensão dos objetivos e metas estipuladas. Além disso, foram utilizadas ferramentas como, aplicativos de mensagens instantâneas e visita domiciliares para desenvolver o acolhimento das demandas programadas e espontâneas da nossa Unidade de Saúde. Tais ações foram desenvolvidas para proporcionar uma maior qualidade na atenção básica que ofertamos a nossa população. Durante as ações foram consideradas as condições socioculturais e a inter-relação entre as ações da equipe de saúde da família e a comunidade. Para uma melhor cobertura e acolhimento buscou parcerias institucionais e de gestão para alcançarmos nossas metas.</p>	<p>Diminuição das filas e do tempo de espera para no máximo 72 horas; Utilização da mídia social “WhatsApp” para realizar acolhimento para fins de marca consulta ou renovação de receitas;</p>	<p>Manter as ações implantadas que diminuem o tempo de espera e melhoram o acesso do público-alvo a unidade de saúde e manter o uso da mídia social “WhatsApp” por facilitar o contato dos pacientes do território com a equipe;</p>
<p>MICROINTERVENÇÃO III - PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.</p>	<p>Nessa fase do trabalho, a nossa equipe buscou conscientizar os indivíduos através de ações de</p>	<p>Prevenção e a detecção precoce das ISTs, para evitar novos contágios. Orientação as</p>	<p>A nossa proposta para a continuidade é determinar períodos definidos</p>

	<p>planejamento familiar junto à comunidade. Realizamos palestras nas escolas do bairro Conjunto Cruviana, onde a nossa equipe atua. Tais palestras, tem como foco conscientizar os adolescentes, pais e mestres sobre a necessidade de evitar uma gravidez indesejada. Durante as palestras e mini palestras de métodos contraceptivos é explicado tudo sobre os métodos, enfatizando o método de barreira, a popular camisinha e seu uso adequado que além de prevenir a gravidez indesejada, evita principalmente as ISTs.</p>	<p>gestantes atendidas pela equipe sobre a prática de atividades físicas, boa alimentação, os malefícios do tabagismo, álcool e de entorpecentes, a importância da consulta dos primeiros sete dias e do uso de sulfato ferroso por mais 90 dias; a importância da amamentação exclusiva e seus benefícios;</p>	<p>na agenda da equipe para consulta pré-natal (toda segunda e sexta pela manhã com o médico); Períodos definidos na agenda da equipe para consulta pré-natal (toda quarta e quinta pela manhã com o enfermeiro); Dias específicos e preferenciais para marcação de exames de rotina para pré-natal; Otimizar as solicitações de exames do posto, adequando-as às necessidades de saúde da população; Visitas domiciliares de puericultura e puerpério nos primeiros sete dias; aumentar a busca ativa de mulheres grávidas e puerperais para diminuir a migração do público-alvo para a unidade básica do bairro Equatorial e também evitar que as grávidas façam o pré-natal em clínicas privadas.</p>
<p>MICROINTERVENÇÃO IV - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.</p>	<p>A equipe buscou reduzir a taxa de mortalidade infantil através de consultas de puericultura nas crianças de até 2 anos. A UBS oferta a comunidade, dias específicos na agenda do médico e do enfermeiro para o atendimento. A unidade segue os protocolos estipulados pelo Sistema Único de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde para o atendimento de crianças menores de 2 anos, onde é verificado mensalmente peso, estatura e</p>	<p>Instituímos uma ficha modelo virtual nos computadores da unidade de saúde, onde mantemos todos dados atualizados referentes a saúde das crianças, cartão de vacinas, estado nutricional e o teste do pezinho; Capacitação dos ACS para identificar casos de violência familiar, como forma de fornecer uma proteção mais abrangente as crianças atendidas pela</p>	<p>Manter as ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e a prática de boa higiene; manter os cuidados com a imunização das crianças.</p>

	<p>medidas antropométricas através da caderneta de saúde da criança. São verificados também os cartões de vacinas para que não ocorram atrasos na imunização das crianças.</p>	<p>equipe de saúde; Reuniões mensais com grupos de gestantes e puericultura atendidas pela equipe, onde tratamos de várias temáticas como: aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a importância da amamentação exclusiva e seus benefícios.</p>	
<p>MICROINTERVENÇÃO V - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.</p>	<p>O nosso território não possui registro de usuário de crack, álcool e outras drogas. No entanto, inserimos uma planilha de controle de pacientes com esse tipo de demanda. Assim, foi feito um levantamento pelos ACS junto ao enfermeiro da UBS, onde foi constatado que temos em nosso território apenas dois pacientes com este tipo de demanda, e ambos fazem uso de medicação de controle especial e já fazem acompanhamento pelo CAPS. Assim, como os pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos.</p>	<p>Para o alívio do sofrimento da paciente, desenvolvemos estratégias, para que ela saiba que pode contar com amigos, familiares e com as equipes que assistem seu quadro; Verificamos se o ambiente familiar compreende a patologia da paciente e como deve atuar e pactua com as equipes da saúde para ajudá-la;</p>	<p>Manter a planilha de controle de pacientes atualizada; Manter o acompanhamento por nossa equipe de saúde, onde o médico ou o enfermeiro da equipe realiza visitas domiciliares a cada 15 dias a estes pacientes;</p>
<p>MICROINTERVENÇÃO VI - O DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA MINHA UNIDADE DE SAÚDE.</p>	<p>Na unidade realizamos consultas com agendamentos específicos para hipertensão e diabetes e busca ativa para identificar pacientes que não sabem que possuem tais patologias. O tempo de espera é de até 72 horas para a primeira consulta. Contamos com o grupo de hiperdia, onde realizamos palestras e roda de conversas sobre diversos temas. Utilizamos os protocolos do Ministério da Saúde para</p>	<p>A equipe programa as consultas, e para renovar as receitas destes pacientes e os exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são realizados a cada 6 meses para melhor controle terapêutico de suas patologias; Para os pacientes oriundos de outra área, temos a política de</p>	<p>Manter através dos protocolos do Ministério da Saúde a classificação dos indivíduos por meio de pontuação nos graus de risco cardiovascular e através destes definir a melhor conduta de atendimento para que seja possível fornecer um atendimento</p>

	verificar os fatores de risco dos usuários com hipertensão. Não possuímos ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus, porém, tem prioridade no agendamento da consulta paciente que apresenta descontrole na pressão arterial.	atender e após estabilizados estes são orientados verbalmente sobre a sua Unidade Básica de Saúde, no qual faz parte de sua área adscrita.	satisfatório a estes pacientes.
--	--	--	---------------------------------

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este trabalho foi possível verificar que a acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde devem sempre ser respeitado, tendo em vista a dificuldade enfrentada pela equipe para superar a distância da unidade adscrita. Assim, no processo de expansão dos atendimentos de saúde na UBS, o acesso e a acessibilidade tem grande relevância, uma vez que a acessibilidade é um dos fatores primordiais quando a população necessita de tais serviços.

Conforme proposto pelo SUS, o acolhimento é a porta de entrada do usuário ao atendimento de saúde nas UBS, sendo este, a entrada afetiva e profissional que acolhe o usuário e busca responder os problemas que o afligem ou incomodam. Durante a implantação do nosso modelo de intervenção na unidade, a equipe apresentou muitas dificuldades, sendo necessário a realização de diversas reuniões e fazer adaptações para que os objetivos e metas de nosso acolhimento fossem alcançados. Além disso, foram utilizadas ferramentas como, aplicativos de mensagens instantâneas “WhatsApp” para aumentar a demanda de atendimentos daquela população-alvo.

Através do uso deste aplicativo, foi notório o aumento na agenda do médico da área adscrita, e nas visitas domiciliares para desenvolver o acolhimento das demandas programadas e espontâneas em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS). Tais ações, foram desenvolvidas para proporcionar uma maior qualidade na atenção básica que ofertamos e um maior foco na população-alvo do Conjunto Cruviana, tendo em vista que 60% dos pacientes atendidos pelo médico da equipe eram oriundos de outra área.

Com estas ações a equipe conseguiu aumentar a demanda, proporcionar uma melhor qualidade de atendimento, melhorar o planejamento Pré-Natal e Puerpério, colabora para a diminuição das taxas de mortalidade infantil através da atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento. Também foi possível controlar melhor as doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde, sendo responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, porém, desenvolvido com, mas ênfase na Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família.

Durante a realização deste trabalho foi possível observar que as ações desenvolvidas pela equipe, nas seis microintervensões citadas acima, foram importantes para que compreendêssemos as reais necessidades da população-alvo atendida pela nossa UBS e assim criar estratégias para melhoria no atendimento. Dessa forma, a nossa equipe

desenvolveu estratégias voltadas a saúde das famílias do Conjunto Cruviana. Mediante o planejamento feito pela equipe e descrito nas microintervenções foi possível alcançar todos os objetivos e metas delineados pela equipe de maneira satisfatória, sendo verificado um impacto positivo das ações em nossa comunidade. Sendo assim, esperamos ampliar as ações de promoção a saúde, prevenção e controle das comorbidades observadas e assim cobrir toda a área adscrita.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R. M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** Journal of Health and Social Behavior, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AMAQ)**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 180p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf. Acesso em: 27 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família – uma estratégia para reorganização do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde/ Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1998, p.10.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Brasília, 15 jan 1996. Seção 1, p.1. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Lei_n_9_263_de_12_de_janeiro_de_1996/54. Acessado em: 10/06/2018.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University, 1973.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L. **Descrição e análise de “acolhimento”: uma contribuição para o programa de saúde da família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.38, n. 2, p. 143, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notícias. **IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=1445&t=ibge-divulga-indicadoresdemograficos-saude&view=noticia>. Acessado em: 10/06/2018.

MALTA, D.C.; SILVA J.B. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão**. Epidemiol Serv Saude. 2013

THIEDE, M.; McINTYRE, D. **Information, communication, and equitable access to health care**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/Abrasco; 2005. p. 89-111.



APÊNDICES

[Inclua seus apêndices aqui]

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

